Journal of Res. in Cli. Psychology & Counseling
Vol. 6, No 2, Autumn & Winter 2017, 96-110.
Doi: 10.22067/ijap.v6i2.33858

مجله پژوهش‌های روان شناسی بالینی و مشاوره
سال ۶، شماره ۲، پاییز و زمستان ۱۳۹۵، ۱۱۰-۹۶.

اثر بخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر ارتقای کیفیت زندگی زنان دارای سرطان پستان

Effectiveness of cognitive-behavioral stress management on increasing quality of life in patient with breast cancer

تاریخ دریافت: ۹۳/۵/۲۳ تاریخ پذیرش: ۹۵/۹/۲۲

ژاله حبیبی[۱]، مجتبی حبیبی[۲]، مونا ملک‌زاده مغانی[۳]، نیکزاد قنبری[۴]

چکیده

هدف: بررسی اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر ارتقای کیفیت زندگی زنان دارای سرطان پستان طراحی شده است.

روش: با استفاده از نمونه گیری در دسترس تعداد ۴۰ بیمار دارای سرطان پستان انتخاب و بطور تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش قرار گرفتند. استفاده از یک طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل، گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه تحت شیوه‌های آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری قرار گرفت، در حالی که در این مدت گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند. هر دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون با استفاده از مقیاس کیفیت زندگیSF-12 مورد ارزیابی قرار گرفتند و نتایج با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین دو گروه در پیش آزمون تفاوت معنی‌دار وجود نداشت، اما آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری در گروه آزمایش، نمرات مولفه‌های کیفیت زندگی را بطور معنی‌داری ($p<0.05$) افزایش داد.

واژه‌های کلیدی: سرطان، کیفیت زندگی، مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری، زنان

Jhaleh Habibi, Mojtaba Habibi, Mona Malekzade, Nikzad Ghanbari

Abstract

Purpose: To determine the effectiveness of cognitive-behavioral stress management on increasing the quality of life in breast cancer.

Method: 40 patients with breast cancer were selected through convenience sampling and randomly assigned into the experimental and control groups. Based on a pretest-posttest control group design, subjects in the experimental group underwent 10 sessions of cognitive-behavioral stress management training. Both groups were evaluated using the quality of life questionnaire (SF-12) in the pre-test and post-test, and the data were analyzed utilizing MANCOVA.

Findings: The results showed that there was no significant difference between the two groups in the pretest, while cognitive-behavioral stress management training, significantly ($p<0.05$) increased the components of quality of life scores in the experimental group in the posttest.

Keywords: quality of life, cognitive-behavioral stress management, breast cancer, women

۱ . کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد، واحد مازندران،(نویسنده مسئول) jaleh.habibi@gmail.com

۲ . استادیار پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی، Babakhabibius@yahoo.com

۳ . استادیار دانشگاه علوم‌پزشکی شهید بهشتی، m.malekzadeh@sbmu.ac.ir

۴ . کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه تربیت مدرس، Nikzad.ghanbari@gmail.com

مقدمه

سرطان پستان[1] از قدیمی‌ترین اشکال شناخته شده توده‌های سرطانی است که کشف آن به ۱۶۰۰ سال قبل از میلاد مسیح می‌رسد ثناگو و سپهر (Sanago & Sepehr, 2006). سرطان پستان شایع- ترین سرطان تشخیص داده شده در میان زنان است که ۲۳ درصد از سرطان‌های جدید تشخیص داده شده در سراسر جهان را شامل می‌شود و دومین عامل مرگ و میر ناشی از سرطان در میان آنها می‌باشد گورم، جامعه سرطان آمریکا، کورادو، ادواردز، شین، ستورم، فرلای، هانو، بویل و دیگران (Gurado BK, 2008، American cancer Society, 2009، Curado MP, 2007، Edwards B, 2007، Shin, 2007، Storm H, 2007، Ferlay J, 2007، Heanue M, 2007، Boyle P, 2007). در سال ۲۰۰۷ از هر صد هزار زن آمریکایی ۱۲۶/۳ به عنوان سرطان پستان تشخیص داده شدند آلتکروس، کوساری، کراچو، نیمن، امینو، والدرون، ادواردز (Altekruse SF, 2010، Kosari C, 2010، Krapcho M, 2010، Neyman N, 2010، Aminou R, 2010، Waldron W, 2010، Edwards BK, 2010). در سال ۲۰۱۰ تعداد ۲۰۹۰۶۰ مورد جدید سرطان پستان تشخیص داده شد انجمن سرطان آمریکا(American Cancer Society,2010). که در کشورهای توسعه یافته ۱۲ درصد از زنان ۲۰-۳۴ ساله مبتلا به سرطان پستان می‌باشند هیکی، پاتو و ساندرز (Hicckey M, 2009، Peate M, 2009، Saunders CM, 2009) و این در حالی است که سرطان پستان بیش از ۲۵ درصد سرطان‌ها را در زنان ایرانی تشکیل می‌دهد پورکیانی، حضرتی، عباس زلده، جعفری، صادقی و محمدیان، (Pour Kiani, 2010، Hazrati, 2010، Abbas Zadeh, 2010، Jafari, 2010، Sadeghi, 2010، Mohammadian, 2010) خوشبختانه میزان مرگ و میر ناشی از سرطان پستان در حال کاهش است انجمن سرطان آمریکا، انجمن سرطان کانادا (American cancer Society, 2009، Canadian Cancer Society, 2009). در نتیجه طی دهه گذشته توجه به اثرات بلند مدت بیماری ، باز شناخت نیازها برای حمایت مداوم و مراقبت از این زنان در حال افزایش است.

تشخیص سرطان پستان تجربه روانی مخربی برای زنان محسوب می‌گردد. همچنین درمان‌هایی از قبیل شیمی درمانی[2] و پرتو درمانی[3] موجب پریشانی روانی اجتماعی در این بیماران شده و کیفیت زندگی[4] آنها را تهدید می‌کند جعفری، زمانی، فرج زادگان، بهرامی، امامی و امیرلقمانی (Jafari, 2013، Zamani,

1. Breast Cancer
2. Chemical Therapy
3. Radio Therapy
4. Quality of Life

2013، Faraj Zadegan, 2013، Bahrami, 2013، Imami, 2013، Amir Loghmani, 2013). و به عنوان یک بحران، موجب بهم خوردن تعادل زندگی افراد می‌شود فلدشتین، رایت (Feldstime, 1992، Rait, 1992). واکنش نسبت به سرطان پستان می‌تواند شامل ترس، اضطراب[1]، افسردگی[2] و خشم[3] باشد هم چنین نگرانی در مورد طرد شدن از طرف همسر نیز وجود دارد (همان منبع). آگاهی از این که بیماری توان فرد را به تحلیل می‌برد از جمله موقعیت‌هایی است که اغلب موجب بروز اضطراب، استرس و افسردگی می‌شود هولون، رابیز و شلتون (Hansen, 2000؛ Hollon, 2005، Rubies, 2005، Selton, 2005). در تحقیق انجام شده توسط کیسان و همکاران در زنان مبتلا به سرطان پستان در مؤسسهٔ روانشناسی دانشگاه ملبورن شیوع افسردگی اساسی ۱۰ درصد، افسردگی مینور ۲۷ درصد و اختلالات اضطرابی ۹ درصد بوده است کیسان بلوچ، اسمیت و میاچ (Kissan, 2003، Bloch, 2003، Simet, 2003، Miach, 2003). پژوهش‌ها آشفتگی عاطفی را در میان بیماران سرطانی در آمریکای شمالی ۳۵ الی ۴۵ درصد گزارش کرده‌اند و نشان دادند که بیماران سرطانی در معرض خطر افسردگی، اضطراب و استرس پس آسیبی قرار دارند بولتز و کارلسون، کارلسون، اسپیکا، پاتل و گودی، کوپمن، آنجل، ترنر، کرشکا، رانلی، مک کویو اشپیگل، زابورا ، کاربو، هوکر و پینتاروسی (Boltez & Carlson, 2006، Carlson & Speca & Patel & Goody , 2004؛ Koopman & Angell & Turner & Kreshka & Donnelly & MCCOY Spiegel, 2001؛ Zabore & Curbow & Hooker & Piantadosi , 2001).

اگر چه جراحی، هورمون درمانی، پرتو درمانی، و شیمی درمانی به عنوان رایج ترین روش‌های مورد استفاده در درمان سرطان پستان بقای این افراد را افزایش می‌دهد هروی و دیگران (Heravi & etc., 2006). اما ان روشهای درمانی به نوبه خود سبب عوارض جانبی کوتاه مدت و بلند مدت در این بیماران می‌گردد به طوری که بیماران سرطان پستان از طیف وسیعی از علائم و نشانه‌های جسمانی ، روانی و اجتماعی طی فرایند تشخیص و درمان بیماری رنج می‌برند. نگرانی‌های کیفیت زندگی که توسط بیماران مبتلا به سرطان پستان اظهار شده است شامل تهدیدها در زمینه‌های فیزیکی، اجتماعی، احساسی، عملکردی، ترس از مرگ، درد، عود بیماری[4]، تداخل در فعالیت جنسی طبیعی، ارتباط با همسر و مشکلات مالی مربوط به درمان می‌باشد. شیمی درمانی در سرطان پستان می‌تواند عمده‌ترین تاثیر را بر روی کیفیت زندگی بیماران داشته سبب مختل شدن رفاه جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی در آنان شود به عبارت دیگر شیمی درمانی سبب کاهش کیفیت زندگی این دسته از بیماران می گردد هروی، پوردهقان، میلانی، فروتن و ایین (Heravi, Poor Dehghan, Milani, Forootan & aein, 2006).

1. Anxiety
2. Depression
3. Anger
4. Recurence

بر طبق نظر سازمان بهداشت جهانی همه بیماران مبتلا به سرطان به مراقبت‌های مناسب تسکینی و روانی -اجتماعی مطابق با فرهنگ خود نیاز دارند اراتوزیک (Aratazik, 1994). عدم سازش با بیماری می‌تواند روی ارتباطات بین فردی، سیر کلینیکی و پیش آگهی بیماری آنان تاثیر بگذارد رمضانی (Ramezani, 2000). مداخلات و مراقبت‌های حمایتی از زنان مبتلا به سرطان پستان به منظور کاهش تأثیر روانی اجتماعی سرطان و افزایش کیفیت زندگی آنان انجام می‌شود و لازم است به عنوان یک بخش اساسی از درمان آنها محسوب شود لاندمارک (Land-mark, 2002). این درمان‌های مکمل شامل مجموعه‌ای از مداخلات شناختی-رفتاری را در بر می‌گیرد که برای پیشگیری و درمان، کاهش پریشانی‌های روانی و یا بالا بردن سطح سلامتی و بهتر شدن وضعیت کلی بیماران سرطانی در کنار درمان‌های مرسوم به کار می‌روند. مطالعات جدید نشانگر افزایش روز افزون مراجعات بیماران خصوصاً مبتلایان به سرطان به شاخه‌های مختلف طب مکمل است. بر اساس برآوردهای موجود در کشورهای اروپایی تا سال ۱۹۹۷ این مراجعات بین ۱۰ تا ۳۹ درصد گزارش شده است. این میزان در بین مبتلایان به انواع سرطان‌ها متفاوت است و بالاترین آنها مربوط به سرطان پستان ۸۳-۷۶ درصد بوده است ساجدیان، کاویانی، منتظری، حاجی محمدی، ابراهیمی، سمیعی و دیگران (Sajedian, Kaviani, Montazeri, Haji Mohammadi, Ebrahimi, Samiei and etc., 2005).

مواجهه این بیماران با تغییرات فیزیکی و روانشناختی مختلف ناشی از سرطان و مشکلات جانبی آن، نشان می‌دهد که مطالعه، بررسی و ارتقا کیفیت زندگی این بیماران از اهمیت زیادی برخوردار است پری، کوالسکی و چانگ (Perry, Kowalski, chang, 2007).

آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری[1] یک رویکرد چند وجهی است که طی آن فنونی از قبیل آرامش‌آموزی[2]، تنفس دیافراگمی[3]، مراقبه[4]، شناسایی افکار خودکار[5] منفی، تحریف‌های شناختی[6] و بازسازی آن با جایگزین کردن افکار منطقی[7]، آموزش مقابله کارآمد، مدیریت خشم[8] و ابرازگری[9] به افراد آموزش داده می‌شود آنتونی، ایرونسون و اشنایدرمن (Antony, Ironson, Schniderman, 2007). نتایج پژوهشها اغلب بیانگر اثربخشی مداخلات شناختی رفتاری بر بیماران سرطان پستان است. مداخلات

1 - Cognitive- Behavior Stress Management
2 - Relaxation
3 - Diaphragmatic
4 - Meditation
5 - Automatic Thoughts
6 - Cognitive Distortions
7 - Rational Thoughts
8 - Anger Management
9- Assertion

شناختی رفتاری گروهی در کاهش افسردگی ، درد، پریشانی و نا امیدی و ارتقای خلق ، عزت نفس[1] و حمایت اجتماعی در بیماران دارای بیماری مزمن و از جمله بیماران سرطان پستان موثر بوده است گلدشتین، فرانت زو (Goldstein, Fantsve, 2009). گارلیک ، وال، کوروین و کوپمن Carlic, Wall, Corwin, Koopman (2011) نشان دادند که مداخلات روانی در زنان دارای سطان پستان موجب پیشرفت در کیفیت زندگی و کاهش آشفتگی‌های خلقی و روانی از قبیل تنش، اضطراب، افسردگی، خشم و خستگی می‌شود.

کاش و فلمینگ (Kush, Fleming) نیز اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری را بر افسردگی و اضطراب نشان دادند.

در پژوهش دیگری، اثر بخشی مدیریت شناختی رفتاری استرس بر کاهش افسردگی در زنان دارای سرطان پستان نشان داده شده است. این مداخله همچنین بیانگر تأثیر مدیریت استرس بر ارتقا بهزیستی[2] زنان دارای سرطان پستان بود میشل و دیگران (Michael & etc., 2001). نیز می‌توان به پژوهش‌های دیگری اشاره کرد که تأثیر درمان شناختی رفتاری را بر افسردگی و اضطراب بیماران نشان می‌دهند بویر و پاریا (Boyer and Paharia, 2007).

آندرو و دیگران (Andreu & etc., 2012) نشان داده اند که زنان دارای سرطان پستان در مرحله پس از تشخیص سرطان، مرحله شیمی درمانی و جراحی بیشترین آشفتگی را نشان می‌دهند. بنابر مبانی نظری فوق پژوهش حاضر اثر بخشی مدیریت شناختی رفتاری استرس بر کیفیت زندگی زنان سرطان پستان در مرحله پس از شیمی درمانی را مورد بررسی قرار می‌دهد.

روش

طرح این پژوهش از نوع طرح‌های نیمه آزمایشی با گروه گواه، همراه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. جامعه آماری این تحقیق شامل زنان دارای سرطان پستان مراجعه کننده به مرکز تحقیقات سرطان علوم پزشکی دانشگاه شهید بهشتی بود که در سال تحصیلی۹۲-۹۳ به این مرکز مراجعه کرده بودند. تعداد ۴۰ بیمار (۲۰ نفر گروه آزمایش و ۲۰ نفر گروه گواه) دارای سرطان پستان با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به دو گروه آزمایش و کنترل اختصاص یافتند. از این تعداد ۷ نفر(۳نفر از گروه آزمایش و ۴نفر از گروه کنترل) ریزش کرده و از تحلیل حذف شدند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: ۱- فقدان علائم بالینی و روانپزشکی دیگر (این بیماران غیر از بیماری سرطان و استرس پریشانی ناشی از آن و عوارض

1. Self Esteem
2. Well Being

مرتبط با درمان‌های فیزیکی وابسته به سرطان مشکل روانشناختی و جسمانی دیگری نداشتند) ۲- همگی در مرحله بعد از شیمی درمانی بودند ۳- بیماران ساکن تهران بودند (بیماران شهرستانی به دلیل بعد مسافت امکان حضور در جلسات را نداشتند). پرسشنامه کیفیت زندگی(SF-12) به عنوان پیش آزمون مورد استفاده قرار گرفته است. گروه آزمایشی طی ۱۰ جلسه آموزش مدیریت شناختی-رفتاری استرس را دریافت کردند در حالیکه گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند. در پایان پس آزمون برای هر دو گروه اجرا گردید. این برنامه توسط کارشناس ارشد روانشناسی بالینی اجرا گردید.

در پژوهش حاضر از تحلیل کوواریانس عاملی (MANCOVA) با یک متغیر مستقل عضویت گروهی (گروه آزمایشی و کنترل) و متغیر کمکی پیش‌آزمون و متغیر وابسته پس‌آزمون خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی استفاده شده است. برای بررسی پیش‌فرض رابطه خطی بین متغیر وابسته با متغیر کمکی از نمودار پراکنش و برای بررسی همسانی ضرایب رگرسیونی در گروه‌ها از تحلیل رگرسیون با یک متغیر مستقل کدگذاری شده به‌واسطه کدگذاری تصنعی استفاده گردید. بر اساس هر دو مفروضه تایید گردید و در مرحله بعد، تحلیل کوواریانس برای مقایسه اثر متغیر مستقل عضویت گروهی روی متغیر وابسته کیفیت زندگی اجرا شد سن، ویتر، بونت (Senn, 1994؛ Witer, 1962؛ Bonate, 2000)

ابزار پژوهش

پرسشنامهٔ کیفیت زندگی(SF-12): این پرسشنامه کیفیت زندگی را از نظر سلامتی خود، عملکرد فیزیکی، سلامت جسمانی، مشکلات هیجانی، درد جسمانی، عملکرد اجتماعی، نشاط و انرژی حیاتی و سلامت روان مورد بررسی قرار می‌دهد. روایی ابزار با روش روای محتوا سنجیده شد و جهت تعیین اعتبار از روش ازمون مجدد استفاده گردید که اعتبار مقیاس ۰/۹۰ گزارش شده است.

معرفی برنامه مداخله‌ای

نمره‌های پیش‌آزمون جمع آوری گردید. سپس گروه آزمایش در برنامه مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری شرکت کردند و بعد از اتمام مداخله، نمرات پس‌آزمون گردآوری شد. برنامه آموزشی مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری انتونی، ایرونسون، اشنایدرمن (Antoni, Ironson, Schneiderman, 2007) شامل ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک جلسه) در گروه آزمایشی اجرا شد: به طور کلی هر جلسه از دو بخش تشکیل می‌شود بخش اول آموزش آرمیدگی و تمرین تکنیک‌های آرمیدگی را در بر داشت و بخش دوم به آموزش تکنیک‌های شناختی- رفتاری پرداخته که با مسائل مربوط به بهزیستی

بیماران سرطانی مرتبط است. جلسات مداخله به صورت گروهی تشکیل گردیده که خلاصه محتوای هر جلسه در زیر آمده است.

جلسه اول: معارفه و شرح استرسورها و چگونگی پاسخ به آنها، آگاهی از تاثیرات جسمی استرس و پیامدهای احتمالی آن بر سلامت – آرمیدگی عضلانی برای ۱۶ گروه عضلات

جلسه دوم: استرس و آگاهی از تاثیر استرس بر هیجان، افکار و رفتار– آرمیدگی عضلانی برای ۸ گروه عضلات

جلسه سوم: شرح ارتباط افکار و هیجانات. تنفس دیافراگمی، تصویر سازی و آرمیدگی عضلانی برای ۴ گروه عضلات.

جلسه چهارم: شناسایی تفکر منفی و تحریفات شناختی و راهکارهای به چالش کشیدن آنها. تنفس، تصویر سازی و آرمیدگی عضلانی منفعل.

جلسه پنجم: جایگزینی افکار منطقی به جای افکار غیر منطقی و آموزش خودزاد برای احساس سنگینی و گرما.

جلسه ششم: آموزش مقابله کارآمد و آموزش خودزاد برای ضربان قلب، تنفس، شکم و پیشانی.

جلسه هفتم: اجرای پاسخ‌های مقابله کارامد و آموزش خود زاد همراه با تصویرسازی و خود القایی.

جلسه هشتم: آموزش مدیریت خشم و مراقبه مانترا

جلسه نهم: آموزش ابرازگری در روابط بین فردی و مراقبه شمارش تنفس

جلسه دهم: شرح حمایت اجتماعی و آموزش تکنیک‌های حفظ و گسترش شبکه اجتماعی. مرور کلی برنامه و ایجاد برنامه مدیریت استرس شخصی

روند ارائه مطالب در هر جلسه به این صورت بود که ابتدا مطالب جلسه قبل مرور می‌شد، سپس مطالب آموزشی همان جلسه ارائه می‌شد و در پایان مروری از مطالب جدید انجام می‌شد. پس از پایان دوره نیز پس‌آزمون جهت تعیین میزان کیفیت زندگی در هر دو گروه اجرا شد.

یافته‌ها

جهت بررسی همگنی دو گروه کنترل و آزمایش، گمارش و انتخاب تصادفی دو گروه از لحاظ متغیر کیفیت زندگی در مرحله پیش آزمون، از تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) استفاده شد. نتایج نشان داد که بین دو گروه کنترل و آزمایش از لحاظ تفاوت در سطح اولیه و مبنای مقایسه در مرحله پیش آزمون تفاوتی بر اساس متغیرهای درک کلی از سلامت خود (F(۱،۳۱)=۰/۱۸، p=۰/۶۶)، عملکرد فیزیکی (F(۱،۳۱)=۰/۰۸، p=۰/۷۸)، سلامت جسمانی (F(۱،۳۱)=۰/۲، p=۰/۹۸)، مشکلات هیجانی (F(۱،۳۱)=۰/۲۲، p=۰/۶۵)، درد جسمانی (F(۱،۳۱)=۲/۹۳، p=۰/۱۰)، عملکرد اجتماعی (F(۱،۳۱)=۱/۳۴، p=۰/۲۵)،

نشاط و انرژی حیاتی ($p=۰/۰۹$، $F(۳۱،۱)=۲/۹۸$)، سلامت روان ($p=۰/۵۴$، $F(۳۱،۱)=۰/۳۷$)، وجود نداشته است. برقراری این مفروضه نشانگر همگنی دو گروه کنترل و آزمایش از نظر متغیر وابسته کیفیت زندگی در مرحله پیش آزمون است.

جدول۱- آماره‌های توصیفی در مقیاس کیفیت زندگی در مراحل پیش آزمون و پس آزمون

گروه	کیفیت زندگی	میانگین پیش‌آزمون	انحراف معیار	میانگین پس‌آزمون	انحراف معیار
کنترل	درک کلی از سلامت خود	۲/۳۱	۰/۴۷	۲/۳۸	۰/۵۰
	عملکرد فیزیکی	۳/۶۹	۰/۹۴	۳/۷۵	۰/۸۵
	سلامت جسمانی	۳/۰۰	۰/۸۱	۳/۰۶	۰/۹۲
	مشکلات هیجانی	۲/۸۸	۰/۸۸	۲/۹۴	۰/۹۲
	درد جسمانی	۳/۵۰	۰/۷۳	۳/۳۸	۰/۷۱
	عملکرد اجتماعی	۳/۴۴	۱/۰۳	۳/۲۵	۱/۰۰
	نشاط و انرژی حیاتی	۳/۱۳	۰/۶۲	۳/۱۹	۰/۶۵
	سلامت روان	۷/۱۳	۰/۸۱	۷/۰۶	۰/۷۷
آزمایش	درک کلی از سلامت خود	۲/۴۱	۰/۷۹	۳/۱۲	۰/۸۵
	عملکرد فیزیکی	۳/۷۶	۰/۶۶	۴/۳۵	۰/۷۸
	سلامت جسمانی	۳/۰۰	۰/۸۶	۳/۵۳	۰/۵۱
	مشکلات هیجانی	۳/۰۰	۰/۷۰	۲/۲۴	۰/۵۶
	درد جسمانی	۳/۹۴	۰/۷۴	۳/۳۵	۰/۶۱
	عملکرد اجتماعی	۳/۸۲	۰/۸۸	۴/۵۹	۱/۰۶
	نشاط و انرژی حیاتی	۳/۵۳	۰/۷۱	۳/۶۵	۰/۷۰
	سلامت روان	۷/۲۹	۰/۷۷	۸/۲۴	۰/۷۵

از آزمون تحلیل کوواریانس عاملی جهت بررسی تفاوت بین زنان گروه آزمایشی و کنترل از نظر میزان کیفیت زندگی استفاده شد. نتایج آزمونBox`s M حاکی از آن بود که مفروضه همگنی ماتریس واریانس–کوواریانس تایید شد $p>۰/۰۵$، $F_{(۳۲۰۶،۳۶/۲۹)}=۰/۶۳$. نتایج آزمون لون برای بررسی مفروضه همگنی واریانس گروه‌ها نشان داد که در هر خرده مقیاس درک کلی از سلامت خود $F_{(۳۱،۱)}=۲/۰۵،p=۰/۱۶$، عملکرد فیزیکی $p=۰/۱۳$، $F_{(۳۱،۱)}=۲/۴۲$، سلامت جسمانی $p=۰/۰۵۳$، $F_{(۳۱،۱)}=۴/۰۵$، مشکلات هیجانی $p=۰/۹۹$، $F_{(۳۱،۱)}=۰/۰۲$، درد

جسمانی $p=۰/۲۹$، $F_{(۱،۳۱)}=۱/۱۳$، نشاط و انرژی حیاتی $p=۰/۶۵$، $F_{(۱،۳۱)}=۰/۲۱$، سلامت روان $p=۰/۲۱$، $F_{(۱،۳۱)}=۱/۶۳$، دو گروه کنترل و آزمایش از نظر واریانس همگن هستند، به غیر از عملکرد اجتماعی $p<۰/۰۲$، $F_{(۱،۳۱)}=۵/۷۰$، اما به دلیل برابری تعداد گروه‌های مورد مقایسه می‌توان نتایج را تفسیر کرد (تاباچنیک و فیدل، ۲۰۰۷).

نتایج بررسی اثرات پیش‌آزمون روی پس‌آزمون متغیر گروه (آزمایشی و کنترل) روی ترکیب خطی خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی $\eta^2=۰/۸۹$، $p<۰/۰۰۱$، $F_{(۸،۱۶)}=۱۶/۸۶$ با استفاده از آزمون لامبدای ویلکز حاکی از وجود اثر معنادار بود.

جدول ۲- نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای مقایسه گروه آزمایشی و کنترل در خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی

منبع تغییرات	خرده‌مقیاس	درجه آزادی	F	سطح معناداری	اندازه اثر
کیفیت زندگی	درک کلی از سلامت خود	۱-۲۳	۴/۶۸	۰/۰۴۱	۰/۱۷
	عملکرد فیزیکی	۱-۲۳	۲/۴۴	۰/۱۳	۰/۰۹
	سلامت جسمانی	۱-۲۳	۳/۶۹	۰/۰۶۷	۰/۱۴
	مشکلات هیجانی	۱-۲۳	۱۳/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۳۶
	درد جسمانی	۱-۲۳	۲/۰۴	۰/۱۶	۰/۰۸
	عملکرد اجتماعی	۱-۲۳	۲۷/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۵۴
	نشاط و انرژی حیاتی	۱-۲۳	۳/۵۸	۰/۰۷۱	۰/۱۴
	سلامت روان	۱-۲۳	۱۲/۶۶	۰/۰۰۲	۰/۳۶

نتایج تحلیل کوواریانس با بررسی اثر گروه در هر یک از خرده مقیاس‌ها با کنترل اثر پیش‌آزمون به عنوان عامل هم‌پراش روی پس‌آزمون حاکی از آن بود که میزان کیفیت زندگی گروه آزمایش بعد از شرکت در دوره آموزشی مهارت‌های مقابله با مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری گروه کنترل، افزایش معناداری به لحاظ آماری در خرده مقیاس‌های درک کلی از سلامت خود، مشکلات هیجانی، عملکرد اجتماعی و سلامت روان نشان داده است (جدول ۲ و نمودار ۱).

بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که برنامه آموزش مهارت‌های مقابله با استرس باعث افزایش در میزان کیفیت زندگی در گروه آزمایش شده است.

نتیجه

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی و رفتاری به نحو موثری منجر به ارتقا کیفیت زندگی و افزایش مولفه‌های آن شده است.

سرطان پستان بر جنبه‌های مختلف زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی تاثیر گذار است (Chen & etc., 2009). در افراد مبتلا به سرطان پستان، پس از درمان محدودیت‌هایی ایجاد می‌شود که در کیفیت زندگی فرد موثر است. از جمله محدودیت‌های فیزیکی، درد، تغییر در فعالیت‌های روزمره، تغییر تصویر بدنی و پیامدهای روانی مانند: خشم، کاهش عزت نفس، افسردگی، عدم اطمینان، احساس تنهایی، نگرانی در ارتباط با رویدادها آینده و همچنین از بعد اجتماعی محدویت‌هایی در سازگاری فرد با افراد خانواده و فعالیت‌های شغلی و اجتماعی فرد ایجاد می‌شود (Manami-Motlagh, 2012).

یافته‌ها بیانگر تاثیر مدیریت استرس بر ارتقای کیفیت زندگی زنان دارای سرطان پستان است که این نتیجه بر مبنای راهکارهای شناختی و رفتاری در نظر گرفته شده در مدیریت استرس قابل تبیین است. با کمک راهبردهای رفتاری مدیریت استرس از قبیل تن آرامی و آرامش عضلانی (جلسات اول الی چهارم) می‌توان تنش و اضطراب را کاهش داد، افراد علائم جسمانی مرتبط با استرس را شناسایی کرده و با تسلط یافتن در کسب آرامش که ناسازگار با تنش است، اضطراب و تنش ناشی از بیماری و عوارض آن را کاهش می‌دهند. و در نتیجه کیفیت زندگی آنها ارتقا می‌یابد.

شناسایی افکار خودکار منفی و تحریف‌های شناختی، جایگزین کردن افکار منطقی که در جلسات چهارم و پنجم آموزش داده می‌شود، نقش مهمی در کاهش افسردگی دارد. با توجه به اینکه خلق افسرده یکی از ویژگی‌های بارز افراد دارای سرطان است و احساس بی‌هدفی و افکار تکرار شونده در مورد مرگ یا لاعلاج بودن بیماری در بیماران سرطانی وجود دارد. سعی می‌شود افکار خودکار و غیرمنطقی که ناکارآمد بوده و برانگیزاننده افسردگی و اضطراب هستند، شناسایی شده و بیمار نسبت به آنها بینش یابد سپس افکار مناسب و منطقی را جایگزین آنها نماید. بدین ترتیب آنها به باوری منطقی تر درباره بیماری و وضعیت خود می‌رسند. لذا به طور منطقی می‌توان انتظار داشت بازسازی شناختی در ارتقای کیفیت زندگی این افراد موثر واقع شود

این بیماران به دلیل خلق افسرده ناشی از تشخیص بیماری، به انزوا و کناره‌گیری از دیگران گرایش دارند که روابط اجتماعی آنها را متاثر کرده و در یک چرخه معیوب افسردگی آنها را تشدید می‌کند. بنابراین آموزش ابراز وجود و کنترل خشم که تسهیل کننده رابطه با دیگران است روابط اجتماعی آنان را گسترش

داده، روابط اجتماعی گسترش یافته، دریافت حمایت اجتماعی را افزایش داده که در نهایت موجب کاهش افسردگی می‌شود. از جنبه شناختی بیماران ممکن است به دلیل شرایط جسمانی و درگیر شدن در درمان‌های پیچیده و برخی عوارض ناشی از آنها، ممکن است به سوی انفعال و درماندگی کشیده شوند که این وضعیت افسردگی آنها را تشدید می‌کند لذا مداخله‌هایی از قبیل بازسازی شناختی، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و حل مساله باعث می‌شود که احساس درماندگی، افسردگی آنها کاهش یافته و کیفیت زندگی شان ارتقا یابد.

در مجموع بیماران سرطانی نیازمند کمک برای انطباق موثر و زندگی بخش با بیماری مزمن‌شان هستند. این افراد نیازمند خواهند داشت تا مهارت‌های شناختی و رفتاری مقابله با استرس جدید را یاد بگیرند، این هدف زمانی می‌تواند تحقق یابد که مقابله و واکنش‌های آن در قبال بیماری و مشکلات وابسته به آن از طریق آگاهی افزایی کاملا شناخته شده باشد. یکی از جوانب مراقبتی در بیماران مبتلا به سرطان، توجه به بهبود و ارتقا کیفیت زندگی و توانمندی‌های مقابله‌ای بیماران، جهت ارتقا سلامت و بهداشت روانی آنان است. از آنجایی که بعد سلامت روان بر تمامی ابعاد سلامت تاثیر گذار است کاربرد تکنیک‌های روان شناختی و حمایت‌های روانی – اجتماعی و آموزش‌های لازم جهت کاهش تنش‌ها، ترس و نگرانی‌های مربوط به بیماری و از همه مهم‌تر برقراری ارتباطی توام با درک متقابل و احترام به بیمار، می‌تواند نقش کلیدی در کنترل عوارض بیماری و درمان و به تبع آن ارتقا کیفیت زندگی این بیماران داشته باشد.

References

A longitudinal study of psychosocial distress in breast cancer: Prevalence and risk factors. Psychology and Health.Vol. 27, No. 1, 72–87

Allen, J. D., Savadatti, S., & Levy, A. G. (2009). The transition from breast cancer ‘patient’ to ‘survivor.’ Psycho-Oncology, 18(1), 71–78.

Altekruse, S. F., Kosary, C. L., Krapcho, M., Neyman, N., Aminou, R., Waldron, W., Edwards, B. K. (Eds). (2010). SEER Cancer statistics review, 1975–2007. Bethesda, MD: National Cancer Institute. Retrieved from http://seer.cancer.gov/csr/1975_2007/

American Cancer Society. (2009). Cancer Facts and Figures 2009. Retrieved January 3, 2010, from http://www.cancer.org/downloads/STT/500809web.pdf.

American Cancer Society. (2010). Cancer facts & figures 2010. Atlanta, GA: Author.

Amigo, I., Buceta, J. M., Becona, E., & Bueno, A. M. Cognitive behavioural treatment for essential hypertension: A controlled study. Stress Medicine. 1991; 7(2), 103-108.

Andreu Y, Galdo´ n MJ, Dura´ E, Martı´nez P, Sandra Pe´rez S, and Murgu S(2012)

Ansari, Farimah; Molavi, Hossein; and Neshat Doost, Hamid Taher (2009). The effect of the safety making education against stress on the public health care in patients with hypertension. Psychological Researches, 12 (3 & 4): 81-96

Antoni, M. H., Ironson, G. & Schneiderman, N. Stress Management for Persons with HIV Infection: Participant Workbook. , New York: Oxford University Press; 2007.

Arathuzik D. Effects of cognitive–behavioural strategies on pain in Cancer patients.

Cancer Nursing 1994; 17(3): 207–14.

Asgari Mohammad, Hashemi Nasab Batool, Faraji Fardin (2011), the effects of cognitive-behavior treatment on the stress management in life quality and depression of patiens with MS in Arak city, clinical psychology studies. No. 24(5), 139-162

Bahmani Bahman, Etemadi Ahmad, Shafie Aadi Abdollah, Delavar Ali, Ghanbari Motlagh Ali (2010), group of Cognitive-existential therapist and its education based therapy in patients with breast cancer, Publication: psychology "developmental psychology" Iranian psychologists, No. 23, 201-214

Bloom, J. R., Stewart, S. L., Chang, S., & Banks, P. J. (2004). Then and now: Quality of life of young breast cancer survivors. Psycho-Oncology, 13(3), 147–160

Bonate PL. Analysis of pretest-posttest designs: CRC Press; 2000.

Boyer, B. A., & Paharia, M. I. Comprehensive handbook of clinical health psychology. Wiley; 2007.

Bultz, B. D., & Carlson, L. E. (2006). Emotional distress: the sixth vital sign—future directions in cancer care. Psycho-Oncology, 15, 93–95.

Canadian Cancer Statistics. (2009). Canadian cancer statistics 2009. Retrieved January 3, 2010, from www.cancer.ca/statistics

Carlson, L. E., Speca, M., Patel, K. D., & Goodey, E. (2004). Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress and levels of cortisol, dehydroepian drosterone sulfate (DHEAS) and melatonin in breast and prostate cancer outpatients. Psychoneuroendocrinology, 29, 448–474.

Carlson, L.E., Speca, M., Patel, K.D., & Goodey, E. (2003). Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress, and immune parameters in breast and prostate cancer outpatients. Psychosomatic Medicine, 65, 571.

Chen, Xiali Zheng, Ying Zheng, Wei Gu, Kai, Chen Zhi, Lu Wei, Xiao Ou Shou (2009). The Effect of regular Exercise on quality of life Among Breast cancer Survivors. American Journal of Epidemiology. 854-862.

Curado, M. P., Edwards, B., Shin, H. R., Storm, H., Ferlay, J., Heanue, M., & Boyle, P., Eds (2007). Cancer Incidence in Five Continents, Vol. IX. Retrieved January 3, 2010, from http://www.iarc.fr/en/publications/pdfsonline/ epi/sp160/index.php. International Agency for Cancer Research Scientific Publications No. 160, Lyon, IARC.

Duijts, S.F.A., Faber, M.M., Oldenburg, H.S.A., van Beurden, M., & Aaronson, N.K. (2011). Effectiveness of behavioral techniques and physical exercise on psychosocial functioning and health related quality of life in breast cancer patients and survivors – a Meta analysis. Psycho Oncology, 20, 115–126.

Feldstine M, Rait D. Family Assessment inoncology setting. Cancer Nursing 1992; 15(3):161–164.

Fukui S. A psychosocial group intervention for Japanese women with primary breast carcinoma: A Randomized Controlled Trial. Cancer 2000; 89(5): 1026-1036.

Garlick, M. A., Wall, K., Corwin, D., & Koopman, C. (2011). Psycho-Spiritual Integrative Therapy for women with primary breast cancer. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 18, 78–90.

Ghanbari Nikzad, Habibi Mojtaba, Shamsedin Salvi (2013), the effectiveness of stress management in cognitive-behavioral manner on the emotional and social

psychological welfare of students having alienation feeling. No. 17 (10). P 47-56

Goldstein, D., & Frantsve, L. M. (2009). Group psychotherapy for chronic illness: Clinical applications of selected empirical studies. International Journal of Group Psychotherapy, 59, 577–583.

Gurm BK. Understanding Canadian punjubi–speaking south Asian women's experiences ofbreast cancer: a qualitative study. International journal of nursing studies 2008; 45(2): 266- 276.

Habibi Mojtaba, Ghanbari Nikzad, Khodaei Ebrahim, Ghanbari Parastoo (2013) the effectiveness of education in stress management for decreasing anxiety, stress, depression of women who are being households. Behavior science research magazine, No. 11 (3). P 166-175

Hansen M. Cancer nursing. Principles and practice. 5th ed. London: Jones& Bartlet; 2000.

Heravi Karimavi M, Pourdehghan M, Faghihzadeh S, Montazeri A. The study of the effect of group counseling on functional scales of patient with breast cancer treated with chemotherapy. Daneshvar Medicine 2006; 13(62): 69-78.

Heravi Karimoui M, Pourdehghan M, Jadid Milani M, Foroutan SK , Aein F. Effect of group counseling on sexual health of patients with breast cancer. Scientific Journal of Forensic Medicine. 2006; 11(4):201-6.

Hicckey M, Peate M, Saunders CM. Breast cancer in young women and its impact on reproductive function. J Gerontol a Biolsci Med Sci 2009; 15(3): 323-39.

Hollon SD, DeRubeis Rg, Shelton Rc, Amsterdam GD. Prevention of relapse following cognitive Therapy vs medications in moderate to sever depression. Arch Gen psychiatry 2005; 62(4): 417–22.

Hong, Y., Wang, J., Mei, Y., Zhang, H., & Tang, L. (2010). Effects of group psychological intervention on the quality of life in breast cancer patients. Chinese Mental Health Journal, 24, 903–907.

Hosseini Qomi Tahereh, Ebrahimi Ghavam Soghra, Alavi Zohreh (2009) part of resiliency education on the life quality of mothers having 10-13 chldren with cancer in Emam Khomeini Hospital, Tehran between 2009-2010. Publication: psychology "developmental psychology" Iranian psychologists, No. 23, from 77 to 100.

Jafari N, Zamani A, Farajzadegan Z, Bahrami F, Emami H and Loghmani A. The effect of spiritual therapy for improving the quality of life of women with breast cancer: A randomized controlled trial. Psychology, Health & Medicine. Vol. 18, No. 1, January 2013, 56–69

Kim YJ, Lee KJ. Relationship of social support and meaning of life to suicidal thoughts in cancer patients. J Korean Acad Nurs 2010; 40(4): 524-32.

Kissan Dw, Bloch S, Simth Gc, Miach P. Cognitive –existential group psychotherapy for women with primary breast cancer. Psycho oncology 2003; 12(6): 532–46.

Knols, R., Aaronson, N.K., Uebelhart, D., Fransen, J., & Aufdemkampe, G. (2005). Physical exercise in cancer patients during and after medical treatment: A systematic review of randomized and controlled clinical trials. Journal of Clinical Oncology, 23, 3830.

Koopman, C., Angell, K., Turner-Cobb, J., Kreshka, M. A., Donnelly, P., McCoy, R., Spiegel, D. (2001). Distress, coping, and social support among rural women recently diagnosed with primary breast cancer. Breast Journal, 7, 25–33.

Kush, F. R., & Fleming, L. M. R. An innovative approach to short-term group cognitive

therapy in the combined treatment of anxiety and depression. Group Dynamics: Theory, Research, and Practice. 2000; 4(2), 176.

Land-mark B. Issues and innovations in Nursing practice. Living with newly diagnosed breast cancer: A qualitative study. Journal of Advanced Nursing 2002; 40(1):112.

León-Pizarro C, Gich I, Barthe E, Rovirosa A, Farrús B, Casas F. et al. A randomized trial of the effect of training in relaxation and guided imagery techniques in improving psychological and quality-of-life indices for gynecologic and breast brachy therapy patients. psychooncology.2007; 16(11):971-9.

Manami Motlag, Shiva (2012), the effectiveness of Psychotherapy on the improving life quality and comparative structures in women with breast cancer. Thesis for master Degree, Alzahra University, Tehran.

McKinley, E. D. (2000). Under toad days: Surviving the uncertainty of cancer recurrence. Annals of Internal Medicine, 133(6), 479–480.

McNeely, M.L., Campbell, K.L., Rowe, B.H., Klassen, T.P., Mackey, J.R., & Courneya, K.S. (2006). Effects of exercise on breast cancer patients and survivors: A systematic review and meta-analysis. Canadian Medical Association Journal, 175(1), 34.

Mehnert, A., & Koch, U. (2008). Psychological comorbidity and health-related quality of life and its association with awareness, utilization, and need for psychosocial support in a cancer register-based sample of long-term breast cancer survivors. Journal of Psychosomatic Research, 64, 383–391.

Michael H. Antoni, Jessica M. Lehman, Kristin M. Kilbourn, Amy E. Boyers, Jenifer L. Culver,Susan M. Alferi, Susan E. Yount, Bonnie A. McGregor, Patricia L. Arena,Suzanne D. Harris, Alicia A. Price, and Charles S. Carver. Cognitive-Behavioral Stress Management Intervention Decreases the Prevalence of Depression and Enhances Benefit Finding Among Women Under Treatment for Early-Stage Breast Cancer. Health Psychology.2001; 20(1), 20-32

Montgomery, G.H., Kangas, M., David, D., Hallquist, M.N., Green, S., Bovbjerg, D.H., & Schnur, J.B. (2009). Fatigue during breast cancer radiotherapy: An initial randomized study of cognitive–behavioral therapy plus hypnosis. Health Psychology, 28, 317.

Newell, S. A., Sanson-Fisher, R. W., & Savolainen, N. J. (2002). Systematic review of psychological therapies for cancer patients: Overview and recommendations for future research. Journal of the National Cancer Institute, 94, 558–584.

Perry, S., Kowalski, T., & Chang, C. (2007). Quality of life assessment in women with breast cancer: Benefits, acceptability and utilization. Health and Quality of Life Outcomes, 5(1), 24.

Pourkiani M, Hazrati M, Abbaszadeh A, Jafari P, Sadeghi M, Dezhbakhsh T, MohamadianPanah M. Dose rehabilitation program improve quality of life in breast cancer patients. Payesh 2010; 9 (1): 61-8.

Rahman, R.U., Nisar, A., Hussain, N., & Chaudhary, I. (2011). Depressive disorder among the breast cancer patients in outpatient department of a tertiary care hospital in Pakistan. European Psychiatry, 26, 677.

Ramezani T. Depression and counselling needs in women with breast cancer reffering to chemotherapy in Kerman. Journal of Shahid Sadoughi University of medical sciences and health services. 2000; 8(4):30-6.

Safar-Zadeh Atieh, Roshan Rasool, Shams Jalaladin (2012), the effectiveness of education in stress management in cognitive-behavioral manner for decreasing anxiety, stress, depression of women with breast cancer, Publication: psychology, clinical psychology studies, No. 24, from 139 to 162

Sajadian AS, Kaviani A, Montazeri A, Haji Mahmoudi M, Ebrahimi M, Samiei Manesh F. et al. complementary medicine use among Iranian cancer patients. Payesh Journal, 2005; 4(3):197-205.

Sanagu A, Sepehr Sh. The quality of life among women with breast cancer in Golestan province, 2006. Available from: [http:// jouybari.blogfa.com/post-521.aspx] accessed Dec 1, 2007.

Senn S. Testing for baseline balance in clinical trials. Statistics in medicine. 1994; 13(17):1715-26.

Simpson JS. Effect of group therapy for Breast cancer on health care utilization. Cancer practice 2001; 9(1): 19-26.

Smith, J.E., Richardson, J., Hoffman, C., & Pilkington, K. (2005). Mindfulness Based Stress Reduction as supportive therapy in cancer care: Systematic review. Journal of Advanced Nursing, 52, 315–327.

Taylor KL. Psychological adjustment among African American breast cancer patients: oneyear follow-up results of a randomized psycho educational group intervention. Health psychology 2003; 22(3):310-323.

Vickberg, S. M. J. (2001). Fears about breast cancer recurrence: Interviews with a diverse sample. Cancer Practice, 9, 237–243.

Winer BJ. Statistical principles in experimental design. 1962.

Witek-Janusek, L., Albuquerque, K., Chroniak, K.R., Chroniak, C., Durazo-Arvizu, R., & Mathews, H.L. (2008). Effect of mindfulness based stress reduction on immune function, quality of life and coping in women newly diagnosed with early stage breast cancer. Brain, Behavior, and Immunity, 22, 969–981.

Yoo HJ, Ahn SH, Kim SB, Kim WK, Han OS. Efficacy of progressive muscle relaxation training and guided imagery in reducing chemotherapy side effects in patients with breast cancer and in improving their quality of life. Support Care Cancer. 2005; 13(10):826-33.

Zabora, J., Brintzenhofeszoc, K., Curbow, B., Hooker, C., & Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psycholoical distress by cancer site. Psycho-Oncology, 10, 19–28.